|  |
| --- |
| **2020年新源县面向社会公开招聘学校医务人员报名资格审查表** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 族别 |  | 贴照片处 |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 填报岗位 |  | 职位 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 工作简历（从业经历） |  |
| 审核意见组 | 签字：                            单位（盖章）         年    月   日 |